|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020年新源县面向社会公开招聘学校医务人员报名资格审查表** | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 贴照片处 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | | |
| 所学专业 |  | | 毕业时间 |  | | |
| 填报岗位 |  | | 职位 |  | | |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 |  | | |
| 工作简历 （从业经历） |  | | | | | |
| 审核意见组 | 签字：                              单位（盖章）         年    月   日 | | | | | |